

несущих свищи и буллы, прошивания краев линий резекции и коагуляции спаек.

Все пациенты активизировались на 1 сутки после торакоскопических операций, обезболивание наркотическими препаратами не требовалось.

Выводы. Таким образом, торакоскопические вмешательства можно рассматривать как альтернативу традиционной торакотомии. Минимизируя интраоперационную травму, можно уточнить диагноз, определить тактику ведения, устранить морфологическую причину заболеваний (СП), визуализировать объем повреждения и устранить его осложнения (ОТГ), что ведет в конечном итоге к профилактике рецидивов, уменьшению послеоперационных осложнений, быстрейшему восстановлению трудоспособности.

АНДРОГЕННЫЙ ДЕФИЦИТ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕСТРУКЦИЯХ ЛЕГКОГО

Сачек М. Г., Петухов В. И., Ермашкевич С. Н., Кунцевич М. В.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. В последние годы большое значение придается изучению андрогенного статуса пациентов при различных тяжелых заболеваниях и травмах. Низкие уровни андрогенов ассоциируются с более тяжелым течением заболевания и наступлением неблагоприятных исходов лечения. В то же время коррекция андрогенного дефицита потенциально способна приводить к снижению затрат на лечение и летальности. Однако до настоящего момента не определены четкие рекомендации по диагностике и лечению андрогенного дефицита у пациентов хирургического профиля.

Острые инфекционные деструкции легких (ОИДЛ) являются тяжелым заболеванием, сопровождающимся выраженными нарушениями обменно-метаболических процессов в организме пациентов. Несмотря на наличие в литературе указаний на необходимость включения препаратов андрогенов в программу

комплексного лечения данной патологии, в настоящий момент отсутствуют сведения о частоте встречаемости и степени выраженности андрогенного дефицита у пациентов с ОИДЛ на современном этапе, нет четких схем назначения препаратов андрогенов и сведений о клинической эффективности их применения у данной категории лиц.

Цель: изучить уровни тестостерона в сыворотке крови у пациентов-мужчин с ОИДЛ. Определить связь андрогенного дефицита с тяжестью течения заболевания и исходами лечения при данной патологии.

Материал и методы. Обследованы 52 пациента-мужчины с ОИДЛ, в возрасте от 29 до 84 лет (Me=56,5), находившихся в торакальном гнойном хирургическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» в период с ноября 2016 г. по июль 2018 г.

При поступлении всем пациентам проводилось определение уровня тестостерона в сыворотке крови методом радиоиммунного анализа. Независимо от уровня тестостерона все пациенты были разделены на 2 группы методом простой рандомизации: 1 группа – не получавшие терапию препаратами андрогенов в рамках комплексного лечения, 2 группа – лица, при комплексном лечении которых использован препарат «Омнадрен 250» (Pharmaceutical Works Jelfa S.A., Польша), представляющий собой смесь эфиров тестостерона.

Для последующего анализа из вышеуказанных двух групп были сформированы следующие группы сравнения: 1 группа – пациенты с андрогенным дефицитом, не получавшие препараты андрогенов, 2 группа – пациенты с андрогенным дефицитом, получавшие препараты андрогенов, 3 группа – пациенты без андрогенного дефицита.

Результаты и обсуждение. Андрогенный дефицит (уровень тестостерона ниже 3,5 нг/мл) при поступлении в отделение (через 2-4 недели с момента начала заболевания) выявлен у 41 (79%) пациента с ОИДЛ. По возрасту лица с наличием и отсутствием андрогенного дефицита статистически значимо не различались ($p_{\text{Mann-Whitney}}=0,31$). В зависимости от вариантов ОИДЛ андрогенный дефицит встречался: при абсцессе легкого (АЛ) – у

7 (70%) пациентов, при гангренозном абсцессе (ГА) – у 9 (64%), при гангрене легкого (ГЛ) – у 25 (89%) ($p_{\text{АЛ-ГА Fisher}}=1$; $p_{\text{ГА-ГЛ Fisher}}=0,31$; $p_{\text{АЛ-ГЛ Fisher}}=0,09$).

Уровень тестостерона в сыворотке крови (Ме [25%; 75%]) в группах равнялся: в 1 – 1,29 [0,69; 1,56] нг/мл, во 2 – 0,73 [0,53; 1,47] нг/мл, в 3 – 6,89 [5,25; 8,33] нг/мл. При этом по уровню тестостерона в сыворотке крови пациенты 1 и 2 групп статистически значимо не различались между собой ($p_{1-2 \text{Mann-Whitney}}=0,31$), тогда как были получены статистически значимые различия по содержанию тестостерона в сыворотке крови у пациентов в 3 группе по сравнению с пациентами 1 и 2 групп ($p_{1-3 \text{Mann-Whitney}}=0,000008$; $p_{2-3 \text{Mann-Whitney}}=0,000004$).

Концентрация тестостерона в сыворотке крови в зависимости от варианта ОИДЛ была представлена следующим образом: при АЛ (n=10) – 1,48 [1,09; 4,39] нг/мл, при ГА (n=14) – 1,41 [0,71; 5,52] нг/мл, при ГЛ (n=28) – 1,18 [0,48; 1,71] нг/мл ($p_{\text{АЛ-ГА Mann-Whitney}}=0,7$; $p_{\text{ГА-ГЛ Mann-Whitney}}=0,13$; $p_{\text{АЛ-ГЛ Mann-Whitney}}=0,1$).

Тяжесть течения острых инфекционных деструкций легких была оценена по балльной шкале А.Н. Лаптева (1996 г.). Тяжесть течения ОИДЛ (Ме [25%; 75%]) в группах равнялась: в 1 – 13 [10; 22] баллов, во 2 – 18 [14; 21] баллов, в 3 – 12 [8; 14] баллов ($p_{1-2 \text{Mann-Whitney}}=0,26$; $p_{1-3 \text{Mann-Whitney}}=0,24$; $p_{2-3 \text{Mann-Whitney}}=0,0006$). Было установлено, что тяжесть течения ОИДЛ (выраженная в баллах) и уровень тестостерона в сыворотке крови имеют между собой умеренную обратную корреляционную связь ($r=-0,43$, $p_{\text{Spearman}} < 0,05$).

В 1 группе были оперированы 17 из 19 пациентов, во 2 – 21 из 22, в 3 – 10 из 11 пациентов.

Осложненный послеоперационный период в 1 группе был отмечен у 12 из 17 (71%) пациентов, во 2 – у 10 из 21 (48%) пациентов; данный показатель различался статистически значимо ($p_{1-2}=0,01$; $\chi^2=6,5$). В 3 группе исследуемых осложнения развились у 5 из 10 (50%) оперированных лиц ($p_{1-3}=0,26$; $\chi^2=1,28$; $p_{2-3}=1$; $\chi^2=0$).

Общая и послеоперационная летальность в 1 группе составили 26,3% и 29,4%, во 2 – 13,6% и 14,2%, в 3 – 9% и 10%, соответственно. Статистический анализ исходов заболевания не

показал значимых различий ($p_{1-2\text{Fisher}}=0,44$; $p_{1-3\text{Fisher}}=0,37$; $p_{2-3\text{Fisher}}=1$), что можно объяснить небольшим числом наблюдений в группах.

Исходные концентрации тестостерона в сыворотке крови у выписанных лиц составили 1,32 [0,68; 3,38] нг/мл и были выше, чем среди умерших – 0,88 [0,41; 1,58] нг/мл ($p_{\text{Mann-Whitney}}=0,26$).

Выводы:

1. Андрогенный дефицит выявлен у 79% пациентов с ОИДЛ.
2. Тяжесть течения ОИДЛ и уровень тестостерона в сыворотке крови имеют между собой умеренную обратную корреляционную связь ($r=-0,43$, $p_{\text{Spearman}}<0,05$).
3. Низкая концентрация тестостерона в крови у пациентов с ОИДЛ ассоциирована с
4. более высокой частотой послеоперационных осложнений и летальностью.

КОРРЕКЦИЯ АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ОИДЛ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ СНИЖЕНИЮ ЧИСЛА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕТАЛЬНОСТИ. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

Сивец Н. Ф., Бабарень В. В., Данович А. Э., Шафалович С. В.,
Гудов Н. П., Головач Д. И., Гузов С. А.

6-я городская клиническая больница, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Пищевод Барретта является серьезным осложнением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и определяется в качестве основного фактора, приводящего к развитию рака пищевода. Среди обращений пациентов по поводу беспокоящей изжоги синдром Барретта выявляется в 10% случаев. При этом статистические данные указывают на наличие данной болезни у 1% населения. Чаще всего патологии подвержены мужчины старшей возрастной категории (45-60 лет).